



SOLICITUD DE AFILIACION DE EMPRESA

FECHA DILIGENCIAMIENTO

AÑO			MES		DÍA	

Parte A DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o Razón Social (Como figura en el RUT)		NIT. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>		D.V.
Sigla o Nombre Comercial		No.		
Nombre del Representante Legal		C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>		No.
Dirección donde desarrolla la actividad en el Departamento del Cauca		Ciudad o Municipio	Teléfono	Fax
Dirección para envío de correspondencia	Departamento	Ciudad o Municipio	E-mail	
Jefe de Recursos Humanos o persona contacto		Teléfono	E-mail	
Tesorero o quien tramita pago de aportes		Teléfono	E-mail	
Actividad u Objeto Social asignado en el RUT		Código de CIU	ARP donde tiene afiliado el personal	

CLASE DE EMPLEADOR

PÚBLICO	PRIVADO	MIXTO
<input type="checkbox"/> Entidades territoriales <input type="checkbox"/> Empresas sociales del Estado <input type="checkbox"/> Empresas industriales y comerciales del Estado <input type="checkbox"/> Empresas oficiales de servicios públicos <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Persona natural <input type="checkbox"/> Sociedad comercial <input type="checkbox"/> Empresa unipersonal <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> C.T.A. <input type="checkbox"/> Corporación <input type="checkbox"/> Fundación <input type="checkbox"/> Asociación <input type="checkbox"/> Sociedad de economía mixta <input type="checkbox"/> Otro: _____

TAMAÑO DE LA EMPRESA

Microempresa
 Pequeña
 Mediana
 Grande

Parte B DATOS SOBRE NOMINA MENSUAL

Nº Total de Trabajadores en Depto. del Cauca	Ciudad o Municipio donde se causan los salarios	Valor total devengado última nómina	Nómina correspondiente a	Fecha de afiliación a ComfacaUCA										
			<table border="1"> <tr><th>AÑO</th><th>MES</th></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>	AÑO	MES			<table border="1"> <tr><th>AÑO</th><th>MES</th><th>DÍA</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	AÑO	MES	DÍA			
AÑO	MES													
AÑO	MES	DÍA												

Parte C DATOS SOBRE LA AFILIACION

Solicita afiliación a ComfacaUCA por primera vez? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nombre de la Caja de Compensación a la cual estaba afiliado anteriormente.	Fecha a partir de la cual se retiró						
		<table border="1"> <tr><th>AÑO</th><th>MES</th><th>DÍA</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	AÑO	MES	DÍA			
AÑO	MES	DÍA						

USO EXCLUSIVO COMFACAUCA

AÑO - MES
a partir del cual se obliga a pagar aportes

AÑO	MES

Parte D DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL

El suscrito _____ C.C. C.E. T.I. N° _____ de _____

En nombre propio como persona natural, o en mi carácter de representante legal de esta empresa, solicito a la Caja de Compensación Familiar del Cauca - COMFACAUCA, la afiliación de la empresa que represento y si fuere aceptada me comprometo a cumplir y respetar todas las normas de COMFACAUCA, así como las disposiciones legales que se refieren al subsidio familiar. Acepto de antemano que la violación por parte de la empresa de cualquiera de estas normas dará derecho a COMFACAUCA para ordenar la expulsión de la empresa afiliada.

La responsabilidad en cuanto al subsidio familiar, queda limitada para la Caja desde el momento de la afiliación y pago de los aportes por parte del empleador, hasta que la empresa sea desafiada por cualquier motivo.

Firma del representante legal y sello de la empresa

Parte E DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ADJUNTAR A ESTE FORMULARIO

- | | |
|---|---|
| 1. SOBRE CONSTITUCION
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía, cuando se trate de Persona Natural (ampliada y legible).
- Fotocopia del RUT.
- Certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio del Cauca
- Para afiliación de CONDUCTOR ASALARIADO: adjuntar fotocopia de tarjeta de propiedad y certificado de la cooperativa a la cual esta afiliado. | 2. SOBRE AFILIACION ANTERIOR
- Paz y salvo de la Caja de Compensación la cual estuvo afiliado, con nota aclaratoria para afiliarse a otra Caja de Compensación. |
| | 3. SOBRE NOMINA
- Fotocopia de la última nómina con sus respectivos salarios y cédulas
- (Autoliquidación EPS y ARP.) Reporte de pago seguridad social. PILA |
| | 4. PRECOOPERATIVAS Y C.T.A. Requisitos artículo 2 decreto 400 del 13 de febrero de 2008 |

OBSERVACIONES	RADICACIÓN
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

RADICACIÓN COMFACAUCA

RECIBE	DIGITA	REVISA	DIGITALIZA
NOMBRE:	NOMBRE:	NOMBRE:	NOMBRE:
FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:

RECOMENDACIONES

1. Lea cuidadosamente el formulario antes de diligenciarlo.
2. Llene los espacios con la información correspondiente a máquina o en letra imprenta, en forma completa, sin enmendaduras y con tinta negra
3. Antes de entregar el formulario, revise cuidadosamente la información suministrada y verifique que la documentación esté completa, de lo contrario no será recibido

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

Parte A DATOS DE LA EMPRESA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: Registre el AÑO-MES-DÍA en que se diligencia el formulario.

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: Escriba la Razón Social (nombre) como figura en el RUT o el Nombre de la Persona Natural como figura en la cédula de ciudadanía, cédula de extranjería o tarjeta de identidad.

NIT - CÉDULA DE CIUDADANÍA - CÉDULA EXTRANJERÍA - TARJETA DE IDENTIDAD: Registre el Nit asignado por la DIAN o la Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería o Tarjeta de Identidad cuando se trate de Persona Natural, con su respectivo dígito de verificación.

SIGLA O NOMBRE COMERCIAL: Escriba el Nombre Comercial registrado en Cámara de Comercio. En el caso de que no exista, se debe dejar este espacio en blanco.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Escriba el nombre completo, tipo de Documento y Número de Identificación.

DIRECCIÓN DONDE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL DEPARTAMENTO CAUCA

DIRECCIÓN PARA ENVÍO DE CORRESPONDENCIA: Registre la dirección alterna como posibilidad adicional para ComfacaUCA en el caso que la dirección principal tenga un cambio: departamento, ciudad o municipio, E-Mail.

NOMBRE JEFE RECURSOS HUMANOS O PERSONA CONTACTO: Nombre completo, número de teléfono y E-Mail del empleado que puede informar todo lo relacionado con el Subsidio Familiar

NOMBRE TESORERO O QUIEN TRAMITE PAGO DE APORTES: Nombre completo del empleado encargado de tramitar el pago de aporte, No. de teléfono y E-Mail.

ACTIVIDAD U OBJETO SOCIAL ASIGNADA EN EL RUT: Registre el nombre de la actividad económica asignada por el R.U.T

CÓDIGO CIU: Registre el código de la actividad económica asignada en el R.U.T

A.R.P (Administradora de Riesgos Profesionales) DONDE TIENE AFILIADO EL PERSONAL: Registre el nombre de la entidad.

CLASE DE EMPLEADOR: Marque con una X en la casilla que corresponda.

TIPO DE EMPLEADOR: Marque con una X en la casilla que corresponda.

TAMAÑO DE LA EMPRESA: Marque con una X en la casilla que corresponda.

Microempresa: 1. Planta de personal no superior a los 10 trabajadores
2. Activos totales por valor inferior a 501 SMMLV

Mediana: 1. Planta de personal entre 51 y 200 trabajadores.
2. Activos totales por valor entre 5001 y 15000 SMMLV

Pequeña: 1. Planta de personal entre 11 y 50 trabajadores.
2. Activos totales por valor entre 501 y 5000 SMMLV

Grande: 1. Planta de personal con más de 200 trabajadores
2. Activos totales superiores a 15000 SMMLV

Parte B DATOS SOBRE NÓMINA MENSUAL

NÚMERO TOTAL DE TRABAJADORES EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA: Indistintamente si tienen o no personas a cargo.

CIUDAD O MUNICIPIO DONDE SE CAUSAN LOS SALARIOS: Registre la ciudad o municipio.

VALOR TOTAL DE VENGADO ÚLTIMA NÓMINA: Registre el valor del último mes causado.

CORRESPONDIENTE AL MES Y AÑO: Registre el mes y el año del valor de nómina reportada.

FECHA DE AFILIACIÓN A COMFACAUCA: Registre el año, el mes y el día, a partir del mes que afilia su personal.

Parte C DATOS SOBRE LA AFILIACIÓN

SOLICITA AFILIACIÓN A COMFACAUCA POR PRIMERA VEZ: Marque con una X en la casilla que corresponda.

NOMBRE DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTUVO AFILIADA: Escriba el nombre de la entidad.

FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE RETIRO: Registre el Año - Mes - Día de retiro.

MES A PARTIR DEL CUAL SE OBLIGAA PAGAR APORTES: Para uso exclusivo de ComfacaUCA.

Parte D DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Certificación de la Información suministrada en el formulario de Solicitud de Afiliación de Empresa por parte del Representante Legal, con su respectiva Firma y Sello de la empresa.

Parte E DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ADJUNTAR A ESTE FORMULARIO

DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ADJUNTAR AL FORMULARIO DE SOLICITUD AFILIACIÓN DE EMPRESA: Se deben adjuntar al formulario los documentos exigidos para este trámite.

OBSERVACIONES: Información adicional que desee registrar. Diligenciamiento exclusivo de COMFACAUCA

CONCEPTOS BASE DE APORTES

Se entiende por nómina mensual de salarios la totalidad de los pagos hechos por concepto de los diferentes elementos integrantes del salario en los términos de la Ley Laboral, cualquiera que sea su denominación y además, los verificados por descansos remunerados de la ley y convencionales o contractuales. Art. 17, Ley 21 de 1982.

SECTOR PRIVADO

- > Salario básico
- > Horas extras - dominicales y festivos
- > Recargo nocturno
- > Vacaciones
- > Viáticos por manutención y alojamiento
- > Sobresueldos
- > Bonificaciones habituales
- > Comisión sobre ventas
- > Salario integral (70%)
- > Primas extralegales
- > Todos los pagos que se consideren salarios
- > Primas habituales
- > Comisiones o participaciones de utilidades
- > Salario en especie
- > Código sustantivo del trabajo (Art. 127)

SECTOR PÚBLICO

- > Asignación Básica Mensual - Sueldo
- > Horas extras - dominicales y festivos
- > Recargo nocturno
- > Vacaciones y prima de vacaciones
- > Viáticos percibidos por los funcionarios en comisión
- > Prima técnica, prima de antigüedad, prima de alimentación
- > Bonificaciones habituales, bonificaciones por servicios prestados
- > Gastos de representación
- > Auxilio de transporte
- > Prima de servicios
- > Todos los pagos que se consideren factor de salarios
- > Prima de Navidad
- > Otras primas legales y extralegales que se consideren salarial
- > Decretos 3135/68, 1848/69, 1042/78 y 1045/78

IMPORTANTE

* Los aportes deben efectuarse en los plazos establecidos por ley contemplados en el decreto 1670 de mayo 14 de 2007

* Ningún empleador PERSONA NATURAL puede inscribir a su cónyuge o compañero permanente como empleado (a) suyo.

* Las empresas deben reportar dentro de los diez (10) primeros días de cada mes, las novedades de personal que motiven la suspensión total o parcial del pago de subsidio familiar. Artículo 2 decreto 784 de 1989.

CLASE DE NOVEDADES

- Retiro del trabajador
- Traslado a otro departamento
- Fallecimiento del trabajador
- Sueldo superior a 4 SMLV
- Suspensión trabajador
- Licencias no remuneradas
- Otros

* La empresa que omita las novedades de personal se hace responsable ante comfacaUCA por el valor de subsidio que se cancele sin corresponder.